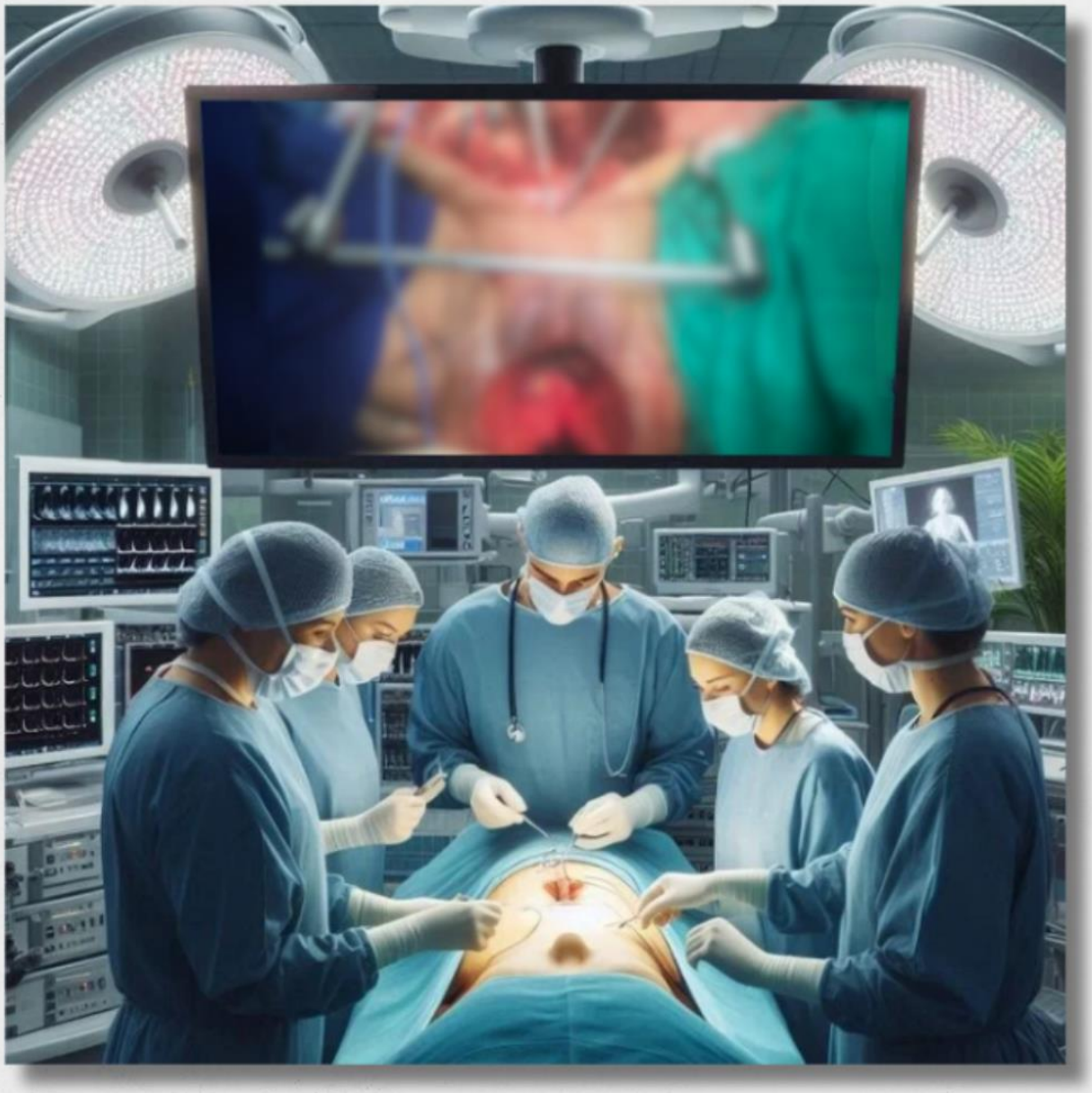
PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA PARA NEOPLASIA DE COLO UTERINA AVANÇADA



MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR
IONE RODRIGUES BRUM
IVAN TRAMUJAS

Editora Poisson

Manoel Jesus Pinheiro Coelho Junior
Ione Rodrigues Brum
Ivan Tramujas (in memoriam)

Protocolo de exenteração pélvica para neoplasia de colo uterina avançada

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P967
Protocolo de exenteração pélvica para neoplasia de colo uterina avançada/ Organização: Manoel Jesus Pinheiro Coelho Junior; Ione Rodrigues Brum; Ivan Tramujas - Editora Poisson- Belo Horizonte - MG: Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-455-0
DOI: 10.36229/978-65-5866-455-0

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. COELHO JUNIOR, Manoel Jesus Pinheiro II. BRUM, Ione Rodrigues III. TRAMUJAS, Ivan IV. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

AUTORES

MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR

Cirurgião oncológico da FCECON Mestre em cirurgia do PPGRACI/ UFAM

IONE RODRIGUES BRUM

Ginecologista e Obstetra

Orientadora do mestrado profissional da UFAM

Diretora da Faculdade de Medicina da UFAM

IVAN TRAMUJAS *(in memoriam)*

Professor de coloproctologia da UFAM

Coordenador do mestrado profissional em cirurgia da UFAM

Vice diretor da Faculdade de Medicina da UFAM

Contato com o autor

manoelcoelhocirurgiaoncologica@gmail.com

APRESENTAÇÃO

O Amazonas é o estado brasileiro campeão em números de casos de câncer de colo uterino , sendo esta esta doença a responsável pela maioria dos casos de óbitos por neoplasia na região norte.

No Brasil, existe um grande número de pacientes que chegam aos hospitais de câncer em estadiamento avançado e que apesar do tratamento quimiorraditerápico persistem com a neoplasia.

Para algumas dessas pacientes existe um cirurgia complexa, mutiladora que oferece um possibilidade de cura e de paliação para as mesmas , a exenteração pélvica.

Formulou-se esse manual, baseado em opiniões de especialistas através de questionário elaborado, como instrumento de coleta de dados, e utilizou-se o método Delphi. Na tentativa de melhorar os processos pelos quais as pacientes passarão durante seu tratamento.Bem como orientar todos os profissionais envolvidos no tratamento desta população, otimizando os recursos, no cuidado com quando o estadiamento estiver avançado

COLABORADORES

HIGINO FELIPE FIGUEIREDO

Cirurgião oncológico da FCECON.
Mestre em cirurgia da PPGRACI/ UFAM.

LUCIANA BOTINELLY MENDONÇA FUJIMOTO

Professora Associado do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas.
Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas.

GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA

Professor Titular Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.
Doutor em Medicina Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MARCO ANTONIO RICCI CORREA JUNIOR

Cirurgião oncológico Titular da SBCO
Cirurgiao Oncológico FCECON
ex Diretor FCECON
Residência Medica ACCamargo Cancer Center

THIAGO GUIMARÃES MATTOS DE SOUZA

Cirurgião Oncológico SBCO

Professor Faculdade de Medicina Fametro-Am

SUMÁRIO

DEFINIÇÃO 09

CLASSIFICAÇÃO 10

INDICAÇÕES 13

CONTRA INDICAÇÕES 13

AMBULATÓRIO 14

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO – DOMICILIAR E INTERNAÇÃO 16

CENTRO CIRÚRGICO 17

CUIDADOS NO TRANS-OPERATÓRIO 18

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO 21

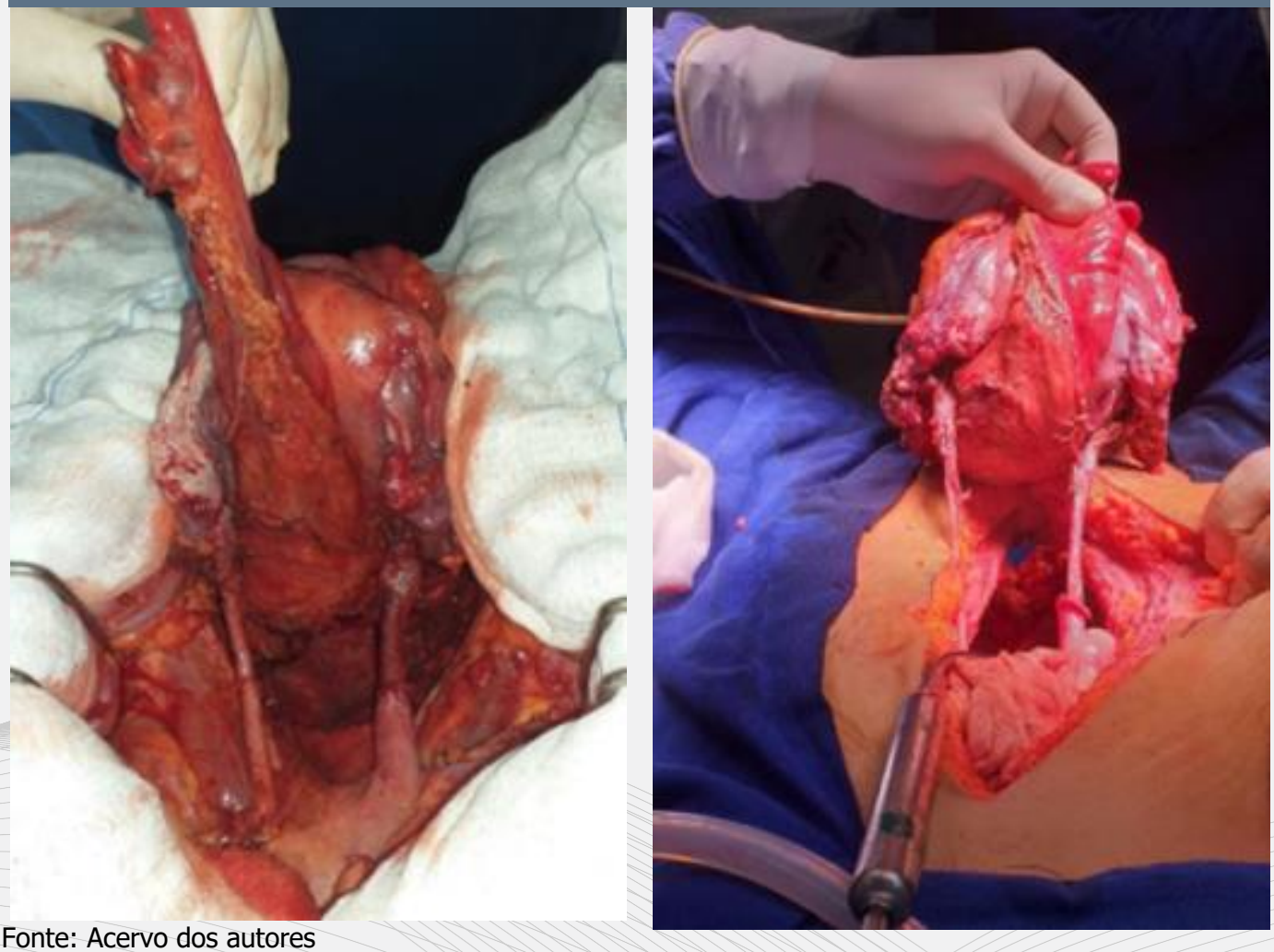
CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS 23

DEFINIÇÃO

A cirurgia de exenteração pélvica consiste na ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga), o reto e sigmóide.

Figura 1 – Produto de exenteração pélvica



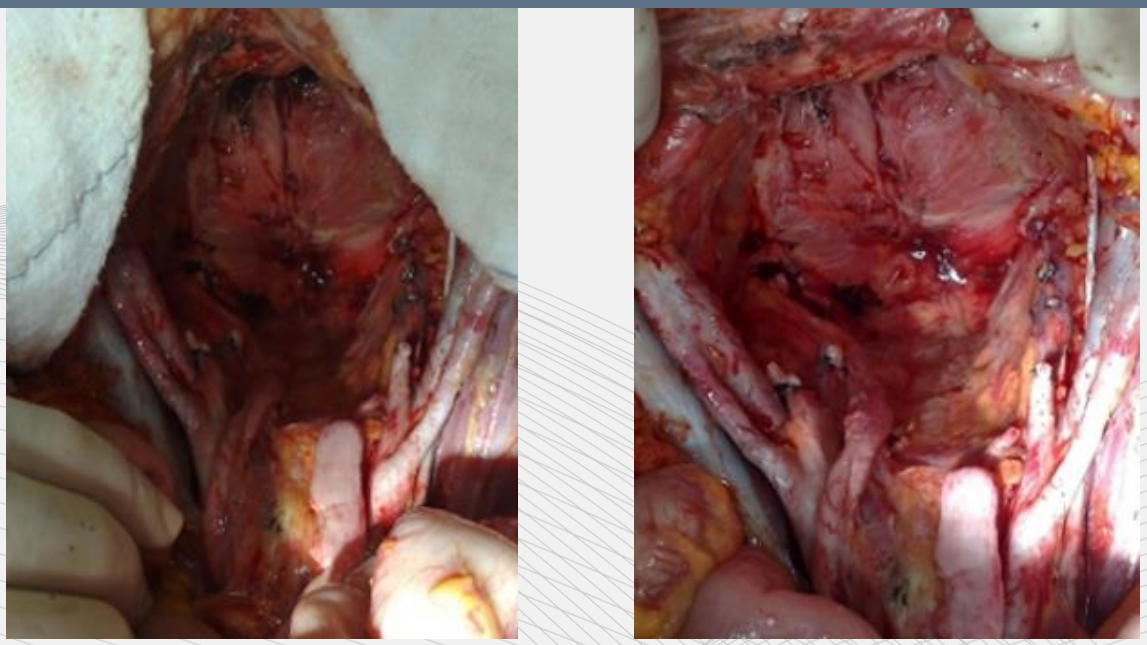
Fonte: Acervo dos autores

CLASSIFICAÇÃO

A exenteração pélvica pode ser classificada quanto aos órgãos ressecados como anterior, posterior e total.

Na exenteração anterior, excisa-se em monobloco os órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga). Esta operação tem sua maior indicação nas neoplasias pélvicas localmente avançadas ou recorrentes que envolvam exclusivamente o trato urinário inferior (bexiga e ureteres) e o genital feminino (útero e vagina).

Figura 1 – Produto de exenteração oco pélvico

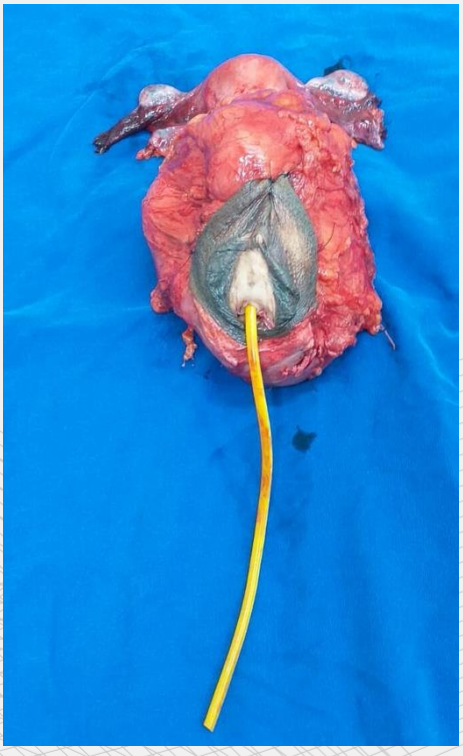


Fonte: Acervo dos autores

Na exenteração posterior é realizada a ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com o retossigmóide e apresenta sua maior indicação nas neoplasias pélvicas localmente avançadas ou recorrentes que envolvam, exclusivamente, o trato genital feminino e o retossigmóide.

Finalmente, quando a neoplasia envolve ambos os tratos urinário e genital além do reto, a ressecção em monobloco de todas essas estruturas é denominada exenteração pélvica total. Esta cirurgia é subdividida em supralevantadora ou infralevantadora no que tange à preservação ou não do assoalho pélvicos.

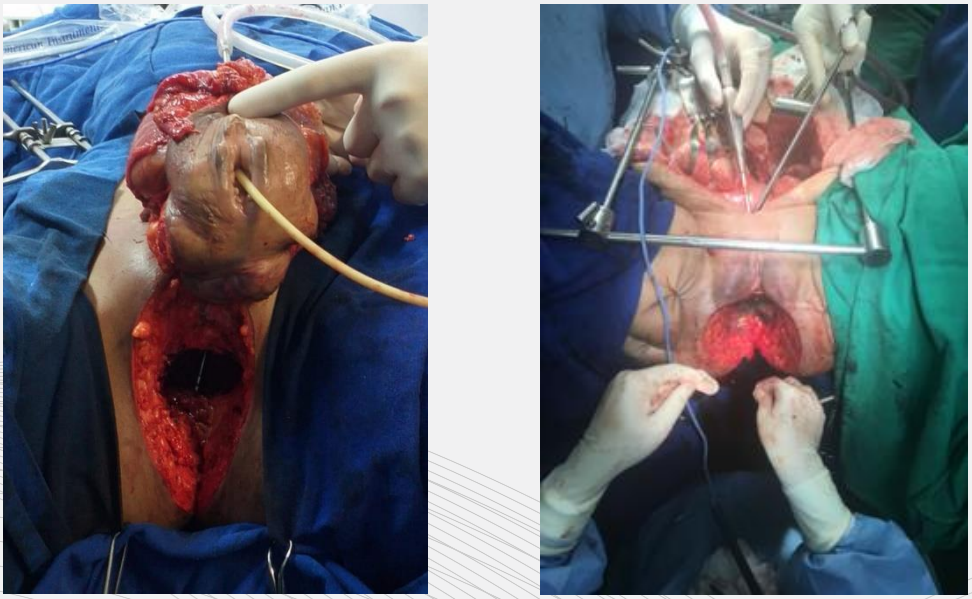
Na exenteração supralevantadora ocorre a preservação do assoalho pélvico, enquanto que na infralevantadora é realizada a ressecção de todo aparelho esfincteriano bem como a porção inferior da vagina, vulva ou períneo incluindo também o ânus e a uretra.



Fonte: Acervo dos autores

A exenteração supralevantadora tem sua maior indicação para os tumores pélvicos que não envolvam o assoalho pélvico, podendo, desta forma, estar associada a maiores índices de conservação esfincteriana.

Em contrapartida, a exenteração infralevantadora é habitualmente reservada para os casos em que ocorra o envolvimento dessas estruturas ou para casos de tumores pélvicos volumosos que impossibilitem uma abordagem exclusivamente por via abdominal.



Fonte: Acervo dos autores

INDICAÇÕES

CURATIVA

- Recorrência pélvica central de neoplasia de colo uterino pós radioquimioterapia;
- Fístula retovaginal ou vesicovaginal – estadiamento Iva (FIGO);
- ECOG –PS - 0-2.

PALIATIVA

- Presença de fístula;
- Lesão perineal/vulvar;
- Até duas comorbidades (excetuando insuficiência renal, critério de contra indicação absoluta);
- ECOG PS 0-2.

CONTRA INDICAÇÕES

- Síndrome fossa obturatória;
- Ascite;
- Derrame pleural;
- Linfadenopatia para-aórtico;
- Doença na parede lateral pélvica;
- Insuficiência renal.

AMBULATÓRIO

As pacientes serão atendidas no Departamento de Cirurgia Pélvica provenientes dos seguintes ambulatórios:

Ambulatório de Ginecologia Oncológica
Ambulatório Oncologia Clínica
Ambulatório de Radioterapia
Excecionalmente, pacientes encaminhados de outras Instituições/Serviços poderão ser atendidos no ambulatório se tiver prévia autorização do médico assistente do Departamento de Cirurgia Pélvica da FCECON.

Nesta primeira fase, paciente terá necessariamente ter em sua avaliação:

- Avaliação clínica (exame físico + anamnese);
- Biópsia ou confirmação anatomopatológica da recidiva ou persistência da doença;
- Exames de imagem (Tomografia de tórax, abdome e pelve) e Ressonância magnética de pelve;
- Risco cirúrgico;
- PET – CT (discussão a parte);
- Definição do ECOG status performance (0,1,2,3 e 4);
- Agendamento prioritário através de identificação no prontuário eletrônico e físico da candidato à cirurgia de resgate. (Haverá uma marcação no prontuário para sinalizar este atendimento: Carimbo do Departamento).

Na segunda fase do atendimento no Departamento Cirurgia Pélvica, segunda consulta :

- Definição da eleição da paciente para cirurgia; Discussão
- com Grupo Multidisciplinar (cirurgia, oncologia clínica e radioterapia);
- Discutir com a paciente o procedimento cirúrgico sobre a questão mutiladora (sexualidade, funções fisiológicas) e morbimortalidade;
- Encaminhar para estomatoterapia para definição da melhor localização do estoma;
- Encaminhar para consulta Psicológica;
- Avaliação cardiológica;
- Avaliação pré-anestésica ambulatorial;
- Folheto informativo sobre os preparos pré-operatórios;
- Encaminhar para setor de agendamento de cirurgia (ACOLHIMENTO).

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

DOMICILIAR

- Dieta líquida sem resíduos por 3 dias (chá, sucos sem resíduos e sopas sem resíduos);
- Orientação para o jejum de 8 horas antes da cirurgia.

INTERNAÇÃO

- Dieta líquida sem resíduos;
- Administração de medicamentos de uso rotineiro (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes etc.);
- Laxantes; (à critério do cirurgião)
- Enteroclisma;(à critério do cirurgião)
- Preparo do sítio cirúrgico e marcação prévia do local do estoma (estomatoterapeuta);
- Checagem da reserva de sangue e reserva de UTI;
- Avaliação do anestesiologista.

CENTRO CIRÚRGICO

- **Protocolo de cirurgia segura (identificação do paciente, checagem dos exames e OPME).**
- **Checagem de Material**
  - Caixa de laparotomia e caixa de cirurgia vascular; Grampeador
  - linear com 01 carga;
  - Grampeador curvo cortante Contour, grampeador circular 29 - 33;
  - Dreno de silicone com sistema fechado e aspiração contínua (BLAKE);
  - Cateter duplo "J" 02 unidades;
  - Bolsa de colostomia (Karaya);
  - Perneira do tipo bota;
  - Bota de compressão pneumática intermitente anti trombótica;
  - Manta térmica;
  - Checagem da reserva de sangue e reserva de UTI.

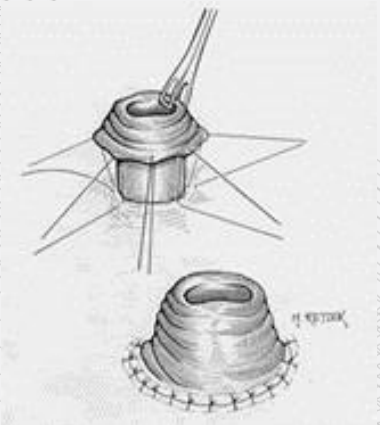
CUIDADOS NO TRANS-OPERATÓRIO

- **Preparo anestésico;**
- **Cateter venoso central;**
- **Antibioticoterapia por orientação da equipe;**
- **Cateter duplo "J";**
- **Sondagem Cateterismo vesical;**
- **Estadiamento cirúrgico;**
- **Definição da ressecabilidade;**
- **Fase de ressecção da peça:**
  - Ausência de lesões extra-pélvicas;
  - Invasão da parede óssea pélvica (dissecção espaços para vesical e pararretal);
  - Definição de invasão da bexiga e reto;
  - Dissecção ureteral até sua porção distal;
  - Ligadura dos vasos uterinos e parametriais em sua origem;
  - Dissecção da porção retropúbica e retrossigmóide;
  - Ligadura dos vasos sigmoidianos e secção à nível da junção retossigmoidiana, envolvendo a cadeia linfonodal própria, com grampeador linear;
  - Secção dos ureteres bilateral na sua porção distal;
  - Definição de exenteração pélvica total (I- supralevantadora, II– infralevantadora ou III– com vulvectomia).

Fase da reconstrução urinária e do trânsito intestinal.

Ureteroileostomia Bricker (se exenteração anterior):

- Exteriorização da alça de íleo ao nível do flanco direito – local de marcação prévia pelo grupo de estomatoterapia;
- Abertura de dois orifícios no reservatório urinário ileal de 12-15 cm e passagem do cateter duplo "J" nos ureteres;
- Anastomose ileoureteral na borda anti mesentérica;
- Sonda de Foley para descompressão alça urinária;
- Reconstrução do trânsito intestinal com entero-enteroanastomose;
- Drenagem da cavidade com dreno tubular de silicone em sistema fechado de aspiração contínua por pressão negativa (dreno de BLAKE);
- Fechamento do tempo perineal quando exenteração tipo 3 primariamente;
- Tratamento do oco pélvico de acordo com cada caso e situação (epiploon, tela com gramatura mista);
- Fechamento da cavidade e maturação da colostomia úmida à Brooke com fio absorvível 3 ou 4-0.



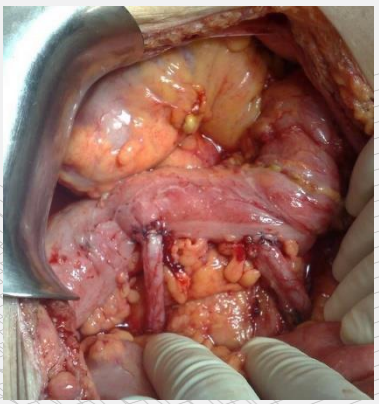
Fonte: Acervo dos autores

Colostomia à Brooke

- Adequação da bolsa de colostomia;
- Solicitação do exame anatomopatológico;
- Encaminhamento da paciente à UTI.

Colostomia úmida(se exenteração total)

- Exteriorização da alça de sigmóide ao nível do flanco esquerdo – local de marcação prévia pelo grupo de estomatoterapia;
- Abertura de dois orifícios no reservatório urinário cólico de 12-15 cm e passagem do cateter duplo "J" nos ureteres;
- Anastomose ureterocólica com fio absorvível 4-0 na tênia na borda anti mesentérica;
- Sonda de Foley para descompressão alça urinária;
- Drenagem da cavidade com dreno tubular em sistema fechado de aspiração contínua (dreno de BLAKE);
- Fechamento do tempo perineal quando exenteração tipo 3 primariamente;
- Tratamento do oco pélvico;
- Fechamento da cavidade e maturação da colostomia úmida com fio absorvível 3 ou 4-0;
- Adequação da bolsa de
- colostomia;
- Solicitação do exame anatomopatológico;
  Encaminhamento da paciente à UTI.



Fonte: Acervo dos autores

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Manutenção do paciente por 24-48hs com avaliação clínico-laboratorial de 12/12hs pela equipe cirúrgica e da terapia intensiva;
- Medidas anti trombóticas (heparina de baixo peso dose profilática, meias de média compressão 7/8 e deambulação precoce);
- Fisioterapia respiratória e motora precoce;
- Início da dieta - com presença de ruídos hidroaéreos e saída de gases pela colostomia e condição clínica aceitável.

Cuidados ambulatoriais pós–operatório:

- Retirada dos pontos (alternados) a partir do 14o dia e o restante 2 dias após;
- Manutenção de medidas anti trombóticas por 14 dias;
- Avaliação semanal da colostomia úmida pelo o cirurgião e o grupo de estomatoterapia;
- Retirada do cateter duplo "J" após entre 7o e 21o dia de pós operatório da cirurgia;
- Retorno ambulatorial semanal por 3 semanas, desde sua alta;
- Retorno com o exame anatomopatológico;
- Seguimento oncológico trimestral com exame clínico (avaliação perineal, ferida operatória e colostomia) e exames de imagem TC de tórax e abdome e RNM de pelve. Trimestral nos primeiros 2 anos, a seguir, semestral até o quinto ano.

CONCLUSÃO

Este instrumento foi construído a partir de opiniões de especialistas na realização da exenteração pélvica.

Servirá como guia para aqueles que estão envolvidos no atendimento das pacientes portadores de câncer de colo uterino avançado e suas complexas necessidades desde a abordagem nos ambulatórios passando pelo período de internação hospitalar até seu acompanhamento pós-operatório.

Também tem o papel de ser uma ferramenta útil, servindo como modelo para outros protocolos institucionais ou mesmo adotado por Instituições congêneres.

REFERÊNCIAS

ABDUCH HAAS, Sílvia; CENTENARO LEVANDOWSKI, Daniela; NOCCHI KALIL, Antônio. Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: revisão da literatura (2003-2013). Psicologia, Saúde e Doenças, v. 18, n. 2, 2017.

BACHA, Omar Moreira. Avaliação da morbidade do uso de drenos após a linfadenectomia retroperitoneal em pacientes com tumores ginecológicos: revisão sistemática da literatura. 2007.

BRUNSCHWIG, A. (1948). "Complete Excision of Pelvic Viscera in the Male for Advanced Carcinoma of the Sigmoid Invading the Urinary Bladder." Ann Surg 129(4): 499-504.

COSTA, S. R. P., Antunes, R. C. P., & Lupinacci, R. A. (2008). A exenteração pélvica para o tratamento da neoplasia pélvica localmente avançada e recorrente: experiência de 54 casos operados. Rev Soc Bras Cancerol, 11 (35), 13-22.

ESTIMATIVA, I. (2018). Incidência de câncer no Brasil [Internet], Estimativa.

FILHO, S. (2014). Indicações e Complicações da Exenteração Pélvica no Câncer Ginecológico. FEMINA. vol 42. nº 2.

KUMAR, Anup et al. A prospective evaluation of surgical outcomes of laparoscopic transperitoneal radical cystectomy/anterior pelvic exenteration: our surgical technique and experience. Central European journal of urology, v. 70, n. 2, p. 214, 2017.

MAGRINA, Javier F.; STANHOPE, C. Robert; WEAVER, Amy L. Pelvic exenterations: supralevator, infralevator, and with vulvectomy. Gynecologic oncology, v. 64, n. 1, p. 130-135, 1997.

MARIANA, Heitor Ricardo Cosiski et al. Estadiamento cirúrgico do câncer de colo de útero localmente avançado. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 27, n. 12, p. 744-9, 2005.

MAURICE, Matthew J. et al. Robotic Total Pelvic Exenteration With Intracorporeal Sigmoid Conduit and Colostomy: Step-by-Step Technique. Urology, v. 105, p. 6- 8, 2017.

MARNITZ, S., et al. (2006). "Indications for primary and secondary exenterations in patients with cervical cancer." Gynecol Oncol 103(3): 1023-1030.

PEIRETTI, M., et al. (2012). "Management of recurrent cervical cancer: A review of the literature." Surgical Oncology 21(2): e59-e66.

POLETTO, Antonio Henrique Oliveira. Exenteração pélvica e preservação dos esfíncteres: análise de 96 casos. 2005. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2005. doi:10.11606/T.5.2005.tde-06102014-113422. Ac.

VEERASARN, Vutisiri et al. A randomized phase III trial of concurrent chemoradiotherapy in locally advanced cervical cancer: preliminary results. Gynecologic oncology, v. 104, n. 1, p. 15-23, 2007.

YOUSUF, Muhammad Imran (2007). Using Experts' Opinions through Delphi Technique. Practical Assessment Research & Evaluation, 12(4). Available online: http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4

WAGGONER, Steven E. Cervical cancer. The Lancet, v. 361, n. 9376, p. 2217-2225, 2003.

WOLF, B., et al. (2017). "Extended mesometrial resection (EMMR): Surgical approach to the treatment of locally advanced cervical cancer based on the theory of ontogenetic cancer fields." Gynecol Oncol.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson